

Solicitud de Inscripción del Empleado/ Employee Enrollment Form New York

**United
Healthcare
Oxford**

Para agilizar el proceso de inscripción, sea cuidadoso y llene todas las secciones que correspondan./
To speed the enrollment process, please be thorough and fill out all sections that apply.

El Empleador Debe Llenar Esta Sección/ To Be Completed By Employer		Fecha de Vigencia Solicitada de la Cobertura/Fecha de Cambio/ Requested Effective Date of Coverage/Date of Change ____/____/____				
Nombre del grupo/Group Name		Número de póliza/Policy number				
Fecha de contratación/ Date Of Hire	Razón de la solicitud/Reason for Application			Tipo de empleado/Employee Type (Marque todo lo que corresponda/ Check all that apply)		
Puesto/cargo/Position/Title	<input type="checkbox"/> Nuevo plan de grupo/ New Group Plan <input type="checkbox"/> Evento de vida/fecha/ Life Event/Date ____/____/____ <input type="checkbox"/> Cambio de estado/ Status Change ____/____/____ <input type="checkbox"/> Agregar/eliminar dependiente/ Dependent Add/Delete <input type="checkbox"/> Cambio de nombre/dirección/ Change Name/Address <input type="checkbox"/> Tiempo parcial a tiempo completo/ Part Time to Full Time <input type="checkbox"/> Renuncia a la cobertura/ Waiving Coverage <input type="checkbox"/> Otro/Other _____			<input type="checkbox"/> Nueva contratación/ New Hire <input type="checkbox"/> Inscripción Abierta Anual/ Annual Open Enrollment <input type="checkbox"/> Miembro fuera de plazo/ Late Enrollee <input type="checkbox"/> Despido/ Termination		<input type="checkbox"/> Activo/Active <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Continuación de cobertura con el estado/State Continuation Fecha de inicio/ Start dt ____/____/____ Fecha de finalización/ End dt ____/____/____ <input type="checkbox"/> Por hora/Hourly <input type="checkbox"/> Asalariado/ Salary <input type="checkbox"/> Sindicado/Union <input type="checkbox"/> No sindicado/Non-Union <input type="checkbox"/> Jubilado/Retired <input type="checkbox"/> Otro/Other _____
Horas trabajadas por semana/ Hours Worked per week						
A. Información sobre el Empleado/ Employee Information		Si renuncia a toda la cobertura, llene las secciones A y B./ If you are waiving all coverage, please complete sections A and B.				
Apellido/Last Name		Nombre/First Name	Inic. 2.º nombre/ MI	Número del Seguro Social/Número de Identificación Fiscal/Social Security Number/ Tax Identification Number		
Dirección/Address		N.º de apto./ Apt #	Ciudad/City	Estado/State	Código postal/ ZIP Code	
Fecha de nacimiento/ Date of Birth ____/____/____	Sexo/ Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N	Estado civil/Marital Status <input type="checkbox"/> Soltero/Single <input type="checkbox"/> Divorciado/Divorced <input type="checkbox"/> Casado/Married <input type="checkbox"/> Viudo/Widowed Idioma de preferencia, si no es inglés/ Language Preference, if not English _____			Teléfono celular/Cell Phone	
Dirección de correo electrónico/Email Address:		Teléfono laboral/Work Phone				
Para elegir recibir documentos por vía electrónica, llene y firme la solicitud de inscripción y proporcione su dirección de correo electrónico./To select paperless delivery complete and sign the enrollment form and provide your email address. Marque aquí para recibir sus comunicaciones del plan requeridas por correo/Check here to receive your required plan communications by mail <input type="checkbox"/>		Médico de Cuidado Primario¹/Primary Care Physician¹ ¿Paciente actual?/Existing Patient? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No Nombre y apellido del médico/Physician first & last name _____ Dirección/Address _____ N.º de ID/ID# _____ - _____				

Nombre del empleado/Employee Name _____

**B. Renuncia a la cobertura/
Waiver of coverage**

Rechazo de la cobertura debido a la existencia de otra cobertura/Declining coverage due to existence of other coverage:

Entiendo que, al renunciar a la cobertura en este momento, no podré participar a menos que califique en un período de inscripción especial o como miembro fuera de plazo, si corresponde, o en el próximo período de inscripción abierta./I understand that by waiving coverage at this time, I will not be allowed to participate unless I qualify at a special enrollment period or as a late enrollee, if applicable, or at the next open enrollment period.

- Rechazo toda cobertura para/
I decline all coverage for:
- Mí mismo/Myself
 - Cónyuge/Spouse
 - Hijos dependientes/
Dependent Children
 - Mí mismo y todos los dependientes/
Myself and all dependents

- Plan del empleador del cónyuge/
Spouse's Employer's Plan
- Con cobertura de Medicare/
Covered by Medicare
- COBRA del empleador anterior/
COBRA from Prior Employer
- Tri-Care
- No tengo (no tenemos) otra cobertura en este momento/I (we) have no other coverage at this time
- Otra/Other _____

- Plan individual/
Individual Plan
- Medicaid
- Cumple los requisitos del Dpto. de Veteranos/
VA Eligibility

Fecha/Date _____

Firma del empleado si renuncia a toda la cobertura/Employee Signature if waiving all coverage _____

Cobertura proporcionada por "UnitedHealthcare y compañías afiliadas"/Coverage Provided by "UnitedHealthcare and Affiliates":
Cobertura médica proporcionada por Oxford Health Insurance, Inc./Medical coverage provided by Oxford Health Insurance, Inc.

**C. Información sobre la Familia/
Family Information**

Indique Todas las Personas que se Inscriben (Adjunte más hojas si es necesario)/List All Enrolling (Attach sheet if necessary)

Relación ² / Relationship ²	Apellido/Last Name	Nombre/First Name			
Cónyuge/Pareja de unión libre/ Spouse/Domestic Partner	Número del Seguro Social/ Social Security Number/ Número de Identificación Fiscal/ Tax Identification Number	Código postal/ZIP Code	Inic. 2.º nombre/MI	Sexo/ Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N	Fecha de nacimiento/ Date of Birth ____/____/____

Médico de Cuidado Primario¹/Primary Care Physician¹ ¿Paciente actual?/Existing Patient? Sí/Yes No

Nombre y apellido del médico/Physician First & Last Name _____

Dirección/Address _____

N.º de ID/ID# _____ - _____

Relación ² / Relationship ²	Apellido/Last Name	Nombre/First Name			
Dependiente/ Dependent	Número del Seguro Social/ Social Security Number/ Número de Identificación Fiscal/ Tax Identification Number	Código postal/ZIP Code	Inic. 2.º nombre/MI	Sexo/ Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N	Fecha de nacimiento/ Date of Birth ____/____/____

Médico de Cuidado Primario¹/Primary Care Physician¹ ¿Paciente actual?/Existing Patient? Sí/Yes No

Nombre y apellido del médico/Physician First & Last Name _____

Dirección/Address _____

N.º de ID/ID# _____ - _____

Nombre del empleado/Employee Name _____

C. Información sobre la Familia (continuación)/ Family Information (continued) **Indique todas las personas que se inscriben (adjunte más hojas si es necesario)/List all enrolling (attach sheet if necessary)**

Relación ² / Relationship ² Dependiente/ Dependent	Apellido/Last Name	Nombre/First Name			
	Número del Seguro Social/ Social Security Number/ Número de Identificación Fiscal/ Tax Identification Number	Código postal/ZIP Code	Inic. 2.º nombre/MI	Sexo/ Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N	Fecha de nacimiento/ Date of Birth ____/____/____

Médico de Cuidado Primario¹/Primary Care Physician¹ ¿Paciente actual?/Existing Patient? Sí/Yes No

Nombre y apellido del médico/Physician First & Last Name _____

Dirección/Address _____

N.º de ID/ID# _____ - _____

Relación ² / Relationship ² Dependiente/ Dependent	Apellido/Last Name	Nombre/First Name			
	Número del Seguro Social/ Social Security Number/ Número de Identificación Fiscal/ Tax Identification Number	Código postal/ZIP Code	Inic. 2.º nombre/MI	Sexo/ Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N	Fecha de nacimiento/ Date of Birth ____/____/____

Médico de Cuidado Primario¹/Primary Care Physician¹ ¿Paciente actual?/Existing Patient? Sí/Yes No

Nombre y apellido del médico/Physician First & Last Name _____

Dirección/Address _____

N.º de ID/ID# _____ - _____

Relación ² / Relationship ² Dependiente/ Dependent	Apellido/Last Name	Nombre/First Name			
	Número del Seguro Social/ Social Security Number/ Número de Identificación Fiscal/ Tax Identification Number	Código postal/ZIP Code	Inic. 2.º nombre/MI	Sexo/ Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N	Fecha de nacimiento/ Date of Birth ____/____/____

Médico de Cuidado Primario¹/Primary Care Physician¹ ¿Paciente actual?/Existing Patient? Sí/Yes No

Nombre y apellido del médico/Physician First & Last Name _____

Dirección/Address _____

N.º de ID/ID# _____ - _____

(1) Para productos en los que se exija seleccionar un Médico de Cuidado Primario (PCP), debe usar el Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare para elegir un Médico de Cuidado Primario para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos. (2) En el caso de dependientes ordenados por un tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. Si un dependiente no vive con el empleado que cumple los requisitos de participación, proporcione la dirección en una hoja aparte. / (1) For products requiring you to choose a Primary Care Physician (PCP), you must use the UnitedHealthcare directory of providers to choose a PCP for yourself and each of your covered dependents. (2) For court ordered dependent, legal documentation must be attached. If a dependent does not reside with eligible employee, please provide address on a separate sheet.

D. Selección de Productos/ Product Selection **Marque la casilla de cada cobertura en la que usted o sus dependientes se inscriban./ Please check the box for each coverage in which you or your dependents are enrolling.**
Si el empleador ofrece una variedad de planes, indique cuál es el plan que elige. Los beneficios ofrecidos dependen de la elección del empleador. / If your employer offers a choice of plans, indicate which plan you are selecting. Benefit offerings are dependent upon employer selection.

Persona/Person	Seguro Médico/Medical
Empleado/Employee	<input type="checkbox"/> _____
Cónyuge/Pareja de unión libre/ Spouse/Domestic Partner	<input type="checkbox"/> _____
Dependiente/Dependent	<input type="checkbox"/> _____

Nombre del empleado/Employee Name _____

**E. Información sobre su Seguro Médico Anterior/
Prior Medical Insurance Information**

En los últimos 12 meses, ¿usted, su cónyuge o sus dependientes han tenido alguna otra cobertura médica?/
Within the last 12 months, have you, your spouse, or your dependents had any other medical coverage?

No Sí/Yes (si respondió Sí, llene esta sección./if yes, please complete this section.)

Nombre de la compañía de seguro médico anterior/Prior medical carrier name _____

Fecha de vigencia/Effective date ____/____/____ Fecha de finalización/End date ____/____/____

Tipo de cobertura anterior/Prior coverage type: Empleado/Employee Cónyuge/Spouse Hijos/Child(ren) Familia/Family

**F. Información sobre Otra Cobertura Médica/
Other Medical Coverage Information**

**Se debe llenar esta sección. (Adjunte una hoja adicional si es necesario.)/
This section must be completed. (Attach sheet if necessary.)**

El día que comience esta cobertura, ¿usted, su cónyuge o alguno de sus dependientes estará cubierto por otra póliza o plan médico de salud, incluido otro plan de UnitedHealthcare o de Medicare?/On the day this coverage begins, will you, your spouse or any of your dependents be covered under any other medical health plan or policy, including another UnitedHealthcare plan or Medicare? Sí/YES (siga llenando esta sección/continue completing this section) NO (omite el resto de esta sección/skip the rest of this section)

Nombre de la otra compañía de seguros/Name of other carrier _____

Información sobre otra cobertura médica de grupo (detalle únicamente las personas que están cubiertas por el otro plan)/ Other Group Medical Coverage Information (only list those covered by other plan)	Tipo / Type (B/S/F)*	Fecha de vigencia/ Effective Date MM/DD/YY	Fecha de finalización/ End Date MM/DD/YY	Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza de la otra cobertura/ Name and date of birth of policyholder for other coverage
Empleado/Employee:				
Nombre del cónyuge/Spouse Name:				
Nombre del dependiente/ Dependent Name:				
Nombre del dependiente/ Dependent Name:				
Nombre del dependiente/ Dependent Name:				

*B. Ingrese 'B' cuando este dependiente esté cubierto por su plan de seguro y por el de su cónyuge (casados)/Enter 'B' when this dependent is covered under both you and your spouse's insurance plan (married)

S. Ingrese 'S' si usted es el padre (o madre) al que se le ha otorgado la custodia de este dependiente y no se le exige a ninguna otra persona que pague los gastos médicos de este dependiente./Enter 'S' if you are the parent awarded custody of this dependent and no other individual is required to pay for this dependent's medical expenses.

F. Ingrese 'F' si este dependiente está cubierto por otra persona que no pertenezca al núcleo familiar a quien se le exige que pague los gastos médicos del dependiente./Enter 'F' if this dependent is covered by another individual (not a member of your household) required to pay for this dependent's medical expenses.

Medicare – Información sobre el empleado/
Medicare – Employee Information:

Si está inscrito en Medicare, adjunte una copia de su tarjeta de ID de Medicare./
If enrolled in Medicare, please attach a copy of your Medicare ID card.

Inscrito en la Parte A: Fecha de vigencia/
Enrolled in Part A: Effective Date _____

No cumple los requisitos de
la Parte A*/
Ineligible for Part A*

No está inscrito en la Parte A (eligió no
inscribirse)**/
Not Enrolled in Part A (chose not to enroll)**

Inscrito en la Parte B: Fecha de vigencia/
Enrolled in Part B: Effective Date _____

No cumple los requisitos de
la Parte B*/
Ineligible for Part B*

No está inscrito en la Parte B (eligió no
inscribirse)**/
Not Enrolled in Part B (chose not to enroll)**

Inscrito en la Parte D: Fecha de vigencia/
Enrolled in Part D: Effective Date _____

No cumple los requisitos de
la Parte D*/
Ineligible for Part D*

No está inscrito en la Parte D (eligió no
inscribirse)**/
Not Enrolled in Part D (chose not to enroll)**

Nombre del empleado/Employee Name _____

**F. Información sobre Otra Cobertura Médica (continuación)/
Other Medical Coverage Information (continued)**

Razón por la que cumple los requisitos de participación en Medicare/Reason for Medicare eligibility: Mayor de 65 años/Over 65
 Enfermedad renal/Kidney disease Discapacitado/Disabled Discapacitado, pero activo en el trabajo/Disabled but actively at work

¿Está recibiendo el Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI)?/Are you receiving Social Security Disability Insurance (SSDI)?
 Sí/Yes No Fecha de inicio/Start Date ____/____/____

Medicare – Nombre del cónyuge/dependiente/Medicare – Spouse/Dependent name: _____

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inscrito en la Parte A: Fecha de vigencia/
Enrolled in Part A: Effective Date _____ | <input type="checkbox"/> No cumple los requisitos de la Parte A*/
Ineligible for Part A* | <input type="checkbox"/> No está inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)**/
Not Enrolled in Part A (chose not to enroll)** |
| <input type="checkbox"/> Inscrito en la Parte B: Fecha de vigencia/
Enrolled in Part B: Effective Date _____ | <input type="checkbox"/> No cumple los requisitos de la Parte B*/
Ineligible for Part B* | <input type="checkbox"/> No está inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)**/
Not Enrolled in Part B (chose not to enroll)** |
| <input type="checkbox"/> Inscrito en la Parte D: Fecha de vigencia/
Enrolled in Part D: Effective Date _____ | <input type="checkbox"/> No cumple los requisitos de la Parte D*/
Ineligible for Part D* | <input type="checkbox"/> No está inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)**/
Not Enrolled in Part D (chose not to enroll)** |

Razón por la que cumple los requisitos de participación en Medicare/Reason for Medicare eligibility: Mayor de 65 años/Over 65
 Enfermedad renal/Kidney disease Discapacitado/Disabled Discapacitado, pero activo en el trabajo/Disabled but actively at work

*Solo marque “No cumple los requisitos” si ha recibido documentación de sus beneficios del Seguro Social que indique que usted no cumple los requisitos de participación en Medicare./Only check “Ineligible” if you have received documentation from your Social Security benefits that indicate that you are not eligible for Medicare.

** Si cumple los requisitos de participación en Medicare como cobertura primaria (Medicare paga antes que los beneficios de la póliza de grupo), usted debe inscribirse y mantener la cobertura de la Parte A, B o D de Medicare, según corresponda./If you are eligible for Medicare on a primary basis (Medicare pays before benefits under the group policy), you should enroll in and maintain coverage under Medicare Part A, Part B, and/or Part D as applicable.

G. Firma/Signature

Su inscripción en el plan está expresamente condicionada a su aceptación de todos los términos y las condiciones que se incluyen en esta solicitud de inscripción. Si no está de acuerdo con los siguientes términos y condiciones, no puede inscribirse./Your enrollment in the plan is expressly conditioned upon your acceptance of all terms and conditions contained in this enrollment application. If you do not agree to the following terms and conditions, you may not complete your enrollment.

TÉRMINOS Y CONDICIONES/TERMS AND CONDITIONS

Como condición de mi participación y la participación de mis dependientes en el plan, y en consideración de los privilegios que provienen de la participación en el plan, por medio del presente documento acepto lo siguiente en mi nombre y en el de mis dependientes./As a condition of my and/or my dependents' participation in the plan, and in consideration for the privileges that come from participation in the plan, I hereby agree for myself and/or for my dependents as follows:

Reconozco y entiendo que el plan tiene contratos con médicos y otros proveedores que forman parte de la red del plan. Reconozco que todos los médicos y otros proveedores que participan en la red del plan están sujetos a los requisitos de acreditación conforme a las normas estatales correspondientes y en virtud del proceso de acreditación de la red del plan. Entiendo que dicha acreditación incluye una revisión de la educación, la capacitación y la licencia de los proveedores. Reconozco que todos los médicos y otros proveedores que participan en la red del plan son contratistas independientes y no son empleados ni representantes del plan, y que son los únicos responsables de mala praxis, resultados adversos o cualquier otra demanda que surja a partir del tratamiento médico prestado a mi persona y a mis dependientes. POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO ACEPTO QUE EL PLAN NO ES RESPONSABLE DE NINGÚN CONSEJO, TRATAMIENTO, DIAGNÓSTICO NI DE NINGUNA OTRA INFORMACIÓN, SERVICIOS O PRODUCTOS QUE OBTENGA YO O QUE OBTENGAN MIS DEPENDIENTES A TRAVÉS DE UN MÉDICO U OTRO PROVEEDOR DE LA RED PARTICIPANTE./I recognize and understand that the plan contracts with physicians and other providers that make up the plan network. I recognize that all physicians and other providers that participate in the plan network are subject to credentialing under applicable State regulations and pursuant to the plan's network credentialing process. I understand that such credentialing includes a review of provider education, training and licensure. I recognize that all physicians and other providers that participate in the plan network are independent contractors and not the plan's employees or agents and are solely responsible for any malpractice, adverse outcomes, or any other claims arising from medical treatment rendered to me and my dependents. I HEREBY AGREE THAT THE PLAN IS NOT RESPONSIBLE NOR LIABLE FOR ANY ADVICE, COURSE OF TREATMENT, DIAGNOSIS OR ANY OTHER INFORMATION, SERVICES OR PRODUCTS THAT I OR MY DEPENDENTS OBTAIN THROUGH A PARTICIPATING NETWORK PHYSICIAN OR OTHER PROVIDER.

**G. Firma (continuación)/
Signature (continued)**

Entiendo que estoy llenando una solicitud de seguro de salud y que todas las respuestas deben estar completas y ser exactas. Solicito (solicitamos) la cobertura médica de grupo indicada. Autorizo que se deduzca de mis ingresos cualquier contribución necesaria para la prima. Yo (nosotros) no le he (hemos) dado al agente ni a ninguna otra persona ninguna información requerida que no esté incluida en la solicitud. Entiendo (entendemos) que UnitedHealthcare no debe acatar ninguna declaración que yo (nosotros) haya (hayamos) hecho a algún agente o a cualquier otra persona, si dichas declaraciones no son por escrito ni aparecen en este formulario ni en ningún documento adjunto./I understand that I am completing a health application and that each response must be complete and accurate. I (we) request the indicated group medical coverage. I authorize any required premium contributions to be deducted from my earnings. I (we) have not given the agent or any other persons any required information not included on the application. I (we) understand that UnitedHealthcare is not bound by any statements I (we) have made to any agent or to any other persons, if those statements are not written or printed on this application and any attachments.

Tenga en cuenta que, si hace una declaración falsa primordial en este formulario, es posible que la ley nos permita tomar una o más de las siguientes medidas: cancelar o no renovar su cobertura o cambiar su prima retroactivamente a la fecha en que la póliza entró en vigencia./Please note that if you make a material misrepresentation on this form we may be allowed by law to take one or more of the following actions: terminate or non-renew your coverage or change your premium retroactively to the date your policy became effective.

Entiendo que el plan de beneficios de salud que he elegido proporciona reembolso por ciertos costos médicos, que se describen con más detalle en el Certificado de Cobertura actual. Entiendo que pueden existir ocasiones en que las decisiones de tratamiento tomadas por mi médico o por mí, o los gastos médicos en los que haya incurrido no estén cubiertos por mi plan de beneficios de salud./I understand that the health benefit plan that I have selected provides reimbursement for certain medical costs, which are more fully described in the current Certificate of Coverage. I understand there may be instances where treatment decisions made by my physician or me or medical expenses which I have incurred may not be covered by my health benefit plan.

Entiendo que la información recopilada en relación con la administración del plan de beneficios se puede usar para presentarme productos o servicios de salud que podrían ser valiosos para mí y según lo permita la ley. Entiendo que ustedes pueden combinar esa información con otra para que deje de ser individualmente identificable y usarla con propósitos comerciales y de otra índole./I understand that information collected in connection with administration of the benefit plan may be used to bring to my attention health or health-related procedures, products and services that might be valuable to me and otherwise as permitted by law. I understand that you may combine that information with other information so that it is no longer individually identifiable and use it for commercial and other purposes.

Conserve una copia de esta autorización en su archivo personal. Sé (sabemos) que tengo (tenemos) derecho a solicitar y recibir una copia de esta autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento si notifico por escrito a mi representante de UnitedHealthcare y Compañías afiliadas, salvo que ya se haya actuado en virtud de esta autorización. Acepto (aceptamos) que esta autorización, si no es revocada antes, tiene una validez de 24 meses desde la fecha a continuación./Please maintain a copy of this authorization for your records. I (we) know that I (we) have the right to ask for and to receive a copy of this authorization. I understand I may revoke this authorization at any time by notifying my UnitedHealthcare and Affiliates representative in writing, except to the extent that action has already been taken in reliance on this authorization. I (we) agree that this authorization, unless revoked earlier, is valid for 24 months from the date below.

Toda persona que, a sabiendas y con intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho sustancial de dicha solicitud o declaración, comete un acto fraudulento en contra del seguro, lo que constituye un delito, y también estará sujeta a sanciones civiles, sin exceder los cinco mil dólares y el valor indicado del reclamo por cada infracción semejante./Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person who files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime and shall also be subject to a civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.

Fecha/Date	Firma del empleado por todas las personas que solicitan la cobertura/ Employee Signature for all applying	Firma del cónyuge (si solicita la cobertura)/ Spouse Signature (if applying for coverage)
------------	--	--

Divulgación de Información/Disclosures

Autorizo a UnitedHealthcare Insurance Company y sus afiliadas (en conjunto, "UnitedHealthcare") a obtener, usar y divulgar mis registros médicos, de reclamos o beneficios, incluida cualquier información de salud individualmente identificable que se encuentre en dichos registros. Entiendo que estos registros podrían contener información creada por otras personas o entidades (p. ej., proveedores de cuidado de la salud) así como información sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), salud mental (que no sean notas de psicoterapia ni registros de trastorno por consumo de sustancias), enfermedades de transmisión sexual y servicios de salud reproductiva. Autorizo a cualquier proveedor de cuidado de la salud, administrador de beneficios de farmacia, otra compañía de seguros o de reaseguro, hospital, clínica u otro centro médico, centro de intercambio de información de cuidado de la salud y cualquiera de sus afiliadas, representantes o socios comerciales, a divulgar mi información a UnitedHealthcare y afiliadas. Entiendo que el propósito de la divulgación y del uso de mi información es permitir que UnitedHealthcare facilite la administración adecuada de tratamiento, servicios, pago y beneficios. Además, entiendo que la información divulgada no se usará con el propósito de cumplir los requisitos, inscribir, suscribir ni clasificar el riesgo de la prima. Entiendo que esta autorización de divulgación de mis registros médicos, de reclamos o de beneficios es voluntaria y puedo rehusarme a firmar la autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento si notifico por escrito a mi representante de UnitedHealthcare, salvo que ya se haya actuado en virtud de esta autorización. De acuerdo con lo exigido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), UnitedHealthcare también requiere que yo reconozca lo siguiente, lo cual reconozco: Entiendo que la información que autorizo a una persona o entidad a obtener y usar se podría volver a divulgar y ya no estar protegida por las normas federales de privacidad. Esta autorización, a menos que sea revocada antes, vence 24 meses después de la fecha en que se firme./I authorize UnitedHealthcare Insurance Company and its affiliates (collectively, "UnitedHealthcare") to obtain, use and disclose my medical, claim or benefit records, including any individually identifiable health information contained in these records. I understand these records may contain information created by other persons or entities (including health care providers) as well as information regarding HIV/AIDS, mental health (other than psychotherapy notes and substance use disorder records), sexually transmitted disease and reproductive health services. I authorize any health care provider, pharmacy benefit manager, other insurer or reinsurer, hospital, clinic or other medical facility, health care clearinghouse, and any of their affiliates, representatives or business associates, to disclose my information to UnitedHealthcare and Affiliates. I understand that the purpose of the disclosure and use of my information is to allow UnitedHealthcare to facilitate the appropriate management of treatment, services, payment and benefits. I further understand that the information disclosed will not be used for purposes of eligibility, enrollment, underwriting and premium risk rating. I understand this authorization for this disclosure of my medical, claim or benefit records is voluntary and I may refuse to sign the authorization. I understand I may revoke this authorization at any time by notifying my UnitedHealthcare representative in writing, except to the extent that action has already been taken in reliance on this authorization. As required by HIPAA, UnitedHealthcare also requires that I acknowledge the following, which I do: I understand that information I authorize a person or entity to obtain and use may be re-disclosed and no longer protected by federal privacy regulations. This authorization, unless revoked earlier, expires 24 months after the date it is signed.

Fecha/Date	Firma del empleado por todas las personas que solicitan la cobertura/ Employee Signature for all applying	Firma del cónyuge (si solicita la cobertura)/ Spouse Signature (if applying for coverage)
------------	--	--